

Les défis de la longévité dans une perspective sociétale. pour le soin des aînés, à l'horizon 2030

Colloque universitaire de l'IUYMG /UMPC

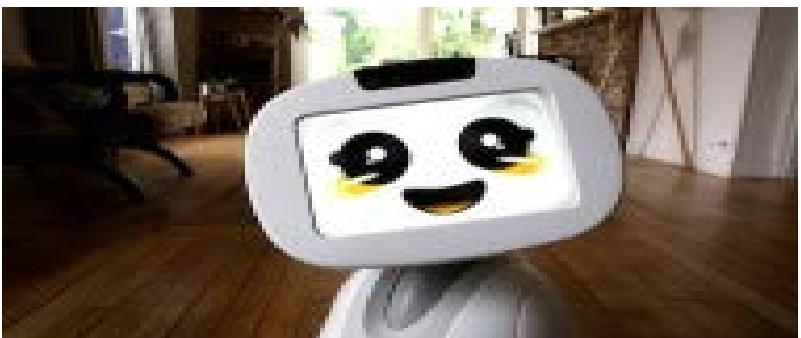
16 mai 2017, La Pitié Salpêtrière

Gérard Cornet

Gérontologue, Président d'Honneur de la SFTAG- ISG French Chapter

Penser 2030 est-ce de la géronto fiction?

Le « Cure » et le « Care » remis en questions par la démographie et la révolution technologique



buddy



L'horizon 2030 ??? Plus de questions que de réponses: posons les après examen des lieux et des hypothèses

- **La Longévité:**
 - allongement de la durée de la vie : espérance de vie, espérance de vie en bonne santé, nouveau parcours de vie, recul de l'âge moyen de la mort : une chance beaucoup plus qu'un fardeau si...
 - une évolution inédite et massive dans l'histoire de l'humanité malgré des inégalités géographiques et sociales
- Les projections démographiques à l'horizon 2030: une base de réflexion pertinente pour éclairer les défis à relever pour l'organisation du soin dans ses deux dimensions
- **Le « Cure » ou curatif:**
 - Organisation médicale des traitements et réparations.
 - Relever les défis de la croissance des maladies chroniques invalidantes, de la fragilité...De l'optimisation du parcours et du suivi médical du patient.
- **Le « Care »**
 - accompagnement de la personne dans ses différentes dimensions, dont fonctionnelles, pour le quotidien,
 - **Un accent mis sur la prévention**(primaire, secondaire, tertiaire...quaternaire)
- Une interaction entre les deux; une coordination et un équilibrage à repenser
 - **13 ans seulement devant nous:**
- un temps court pour les adapter aux besoins évolutifs et aux changements technologiques , démographiques et organisationnels



Les enseignements de la pyramide des âges en 2030

Aperçu Fichier Édition Présentation Aller Outils Fenêtre Aide

2524484.html.pdf (1 page) Jeu. 20:08:52

INSEE

Pyramide des âges : 2030

Hommes Femmes

© Statistisches Bundesamt 2009, Insee 2011

Projection de la population 2013 - 2070

Évolution de la population (millions d'habitants)

1901 1914 1920 2013 2070

1901 - 1990 : population passée (France Métropolitaine)
1991 - 2012 : population passée (France sans Mayotte)
2013 - 2070 : projection (France, hypothèse centrale)

Les hypothèses

| | |
|--|--|
| Indice conjoncturel de fécondité | 1,95 enfant par femme |
| Espérance de vie à la naissance en 2070 | 90,1 ans pour les hommes 93,0 ans pour les femmes |
| Solde migratoire annuel | + 70000 par an |
| Télécharger les données Changer d'hypothèses | |

Groupes d'âges (2030)

| âge | millions | % | % f |
|---------|----------|------|------|
| 65+ | 16,47 | 23,4 | 55,9 |
| 20 - 64 | 37,67 | 53,6 | 50,6 |
| <20 | 16,14 | 23 | 48,8 |
| Total | 70,28 | 100 | 51,4 |

108+ 108+

Stat Groupes d'âges (2030)

âge millions % % f

00

00

Quelles hypothèses pour l'espérance de vie à 65 ans?

- En 2014: hommes 19,7 années- femmes 24 années (OCDE) La France championne d'Europe(Japon 19,3 et 24,2)
- Progression prévisible en 2030 si ... Quid du passé observé ?
- Mais quelle espérance de vie?

| | F | H | (Source enquête SILC 2011) |
|---|-------------|-------------|----------------------------|
| • sans limitation d'activité | 9,9 | 9,7 | |
| • limitation modérée « » » » | 7,8 | 5,4 | |
| • sévère | 6, 3 | 4,1 | |
| • sans maladies chroniques (morbidity?) | 8,4 | 6,7 | |
| • avec morbidité | 15,4 | 12,5 | |
| • et selon la santé perçue ? | | | |
| • Bonne | 7,7 | 7,6 | |
| • Passable | 10,6 | 7,8 | |
| • Mauvaise | 5,5 | 3,9 | |
- L'étude de la cohorte Lc 65 Lausanne vieillissement et fragilité « Comprendre pour prévenir » sur les plus de 65 ans et illustre le développement des paliers dans le processus du vieillissement vers la perte d'autonomie et montre que, si les jeunes seniors sont rarement fragiles, un quart dès l'âge de 65/70 ans présentent des pré fragilités



Longévité, flux démographiques, besoins de soins: un évolution sociétale qui pose question

- **Des baby boomers d'abord actifs autonomes**, héritiers individualistes de la société d'hyper consommation, marchés « seniors » convoités de la Silver économie(Cf Salons) usagers âgés qui seront beaucoup plus familiarisés avec l'usage des TIC(web, robot communication virtuelle, coaching, objets connectés et plate formes de service)
- **Mais cumul comorbidités & diminutions fonctionnelles>> risques de fragilité**: la perception de la santé se dégrade avec l'avancée en âge, l'isolement social, la dépression
 - + chez les **femmes** qui vivent plus longtemps et sont plus exposées à la solitude
 - **Plus de besoins de services, moins d'actifs et d'aidants disponibles pour le soin**
 - **Quid de l'apport des migrants?**: flux venant notamment d'Afrique francophone, population jeune en plein essor démographique, attirée par les emplois de services à la personne
 - **Des coûts croissants de santé**, plus importants dans les dernières années de vie
 - **Un reste à charge très important quand survient la dépendance**

Longévité mobilité habitat et environnement une inadaptation gigantesque aux besoins ?

- Rester vivre à son domicile, un consensus social :usagers & politiques -60% des APA(=600 0000)
- 6 % des logements actuellement adaptés.
- 2/3 des chutes enregistrées à Domicile >9000 décès /an
- Adapter ou changer? Quand ? Pour où?
- Retard d'adaptation au handicap des établissements ouverts au public
- Transports publics proximité et rupture de charge: un aménagement de très longue haleine, un urbanisme à repenser
- Foyers logements: une modernisation difficile
- Résidences seniors: un marché à sécuriser
- Ephads : quelle évolution par rapport au domicile initial ?
- La migration des seniors vers les stations côtières: passage ou fixation?
- L'habitat rural : un futur désert pour le soin ?
- **Les réponses de l'innovation technologique:** quelle mise en œuvre d'ici 2030?

L'innovation technologique: quels impacts sur l'organisation du soin et de l'autonomie?

- La médecine à l'heure du tout numérique:
 - Essor de la médecine à distance: plate-forme de soins, accès /Internet Haut débit
 - Gestion du Parcours de soins et du dossier individuel > Paerpa généralisé , DMP
 - Exploitation et sécurisation des banques de données santé
 - Suivi et pilotage du soin par les systèmes d'objets connectés: coaching présentiel et virtuel
 - Encore moins de jours d'hospitalisation>++ d'ambulatoire, retour au domicile, HAD, Pas de fatalité + offre en MCO
 - Diagnostics plus précoces
 - Progrès des réparations /compensation: vers la personne âgée augmentée?
 - Des inconnues:
 - nouveaux traitements des maladies chroniques invalidantes(ex Alzh), essor de la réparation génétique(cellules souches)
 - nouvelles pandémies, risques environnementaux
 - Couts croissants de la technologie médicale et du service : quelle gouvernance ?qui va payer?
 - Reformes paramétriques ou systémiques de la Sécurité sociale? Place assurance /mutuelle?
 - Place du soignant et de la clinique?
 - Quelle réorganisation hôpital /médecine de première ligne?
 - Quid de La pharmacie lieu de rencontre avec la personne âgée pour la délivrance des medicaments : 22000 actuellement 1 ferme tous les 3 jours 12 ans pour amortir Quel avenir pour le deploiement du service de pharmacie virtuelle
 - Evolution métiers :quelles formations?
 - Le patient et le soignant en laisse?

Le soin personnalisé au domicile à l'heure du numérique

- **Le domicile, lieu de vie connecté et intelligent du résident : vieillir chez soi souhait de 90 % des personnes**(Source B2V media)
- **Essor domotique, robotique:**
- **Multi services accessibles via la technologie** : sécurisation, surveillance , connexion santé, urgences , aides a la vie quotidienne, au lien social et familial , aux déplacements, aux loisirs, à l'information et à la formation, au répit des aidants...
- Quelle place pour les emplois de services à la personne?
- Quelle évolution de la télé assistance?
- Quelle acceptabilité et quelle accessibilité pour les usagers ?(ergonomie, couts, efforts, risques)>>approche gérontecnologique, living labs, labels
- Quels modèles économiques et sociaux pour répondre à la diversité des situations?
 - A 85 ans seule 1 personne sur 5 en perte d'autonomie
- Quel impact des mesures de la loi du 28 12 2015 sur l'adaptation de la Sté au Vieillissement dont financement pour faciliter l'accès aux nouvelles technologies
- Quelle implication dans la prévention précoce ?

La prévention précoce: une organisation nouvelle du soin Web accessible, à préparer ensemble

- Prévention des risques et recherche:
 - Exploitation scientifique des banques de données épidémiologiques: ex Constance et Gazelle en France, croisement avec d'autres banques de données dont Share
 - Risques et limites d'utilisation commerciale: garde fous éthiques et régulation
- l'ex des pathologies cardio-vasculaires, première cause de décès dans le monde, prévalence croissante avec l'âge
 - L'ex de recherche de l'EREN Thèse de Rabia AZZI (Limics 24 avril
- Mieux identifier les besoins à satisfaire par les nouvelles technologies pour le soutien à domicile des personnes âgées:
 - l'ex d'une étude qualitative par L'IMAD canton de Genève: ISG World Conference 2016

Prévention des pathologies cardio-vasculaires, prévalence croissante avec l'âge

- Les maladies cardio-vasculaires (MCVs) et les cancers constituent la première et la seconde cause de mortalité et de morbidité en France chez les hommes et les femmes, et leur coût annuel est important.
- La prévention de ces maladies chroniques constitue, avec leur dépistage précoce et leur prise en charge rapide et efficace, un moyen possible de réduire ce coût.
- Cette prévention passe par **l'identification des facteurs de risque modifiables associés à ces maladies chroniques, au rang desquels on retrouve l'alimentation et l'inactivité physique.** Ainsi, le Programme National Nutrition Santé a été mis en place en France, en aidant les Français à avoir une meilleure alimentation, afin de contribuer à réduire l'incidence de ces maladies. L'objectif du travail est la construction d'un système de suggestions personnalisées fondé sur le profil de l'internaute.
- Cette approche nécessite la mise en place d'une démarche interdisciplinaire faisant collaborer des chercheurs dans les domaines de l'informatique, de l'épidémiologie et de la nutrition.
- L'importance de cette collaboration se justifie par le besoin de produire des suggestions nutritionnelles étayées par des recherches attestées dans le domaine de la nutrition.

- EREN : Thèse de Rabia AZZI (Limics 24 avril 2017)

Evaluer et Identifier les facteurs de risques modifiables

Etat de l'art

Meneton 2016

Les facteurs de risque cardiovasculaires

Facteurs non modifiables

- Sexe
- Âge
- antécédents familiaux

Facteurs liés au mode de vie

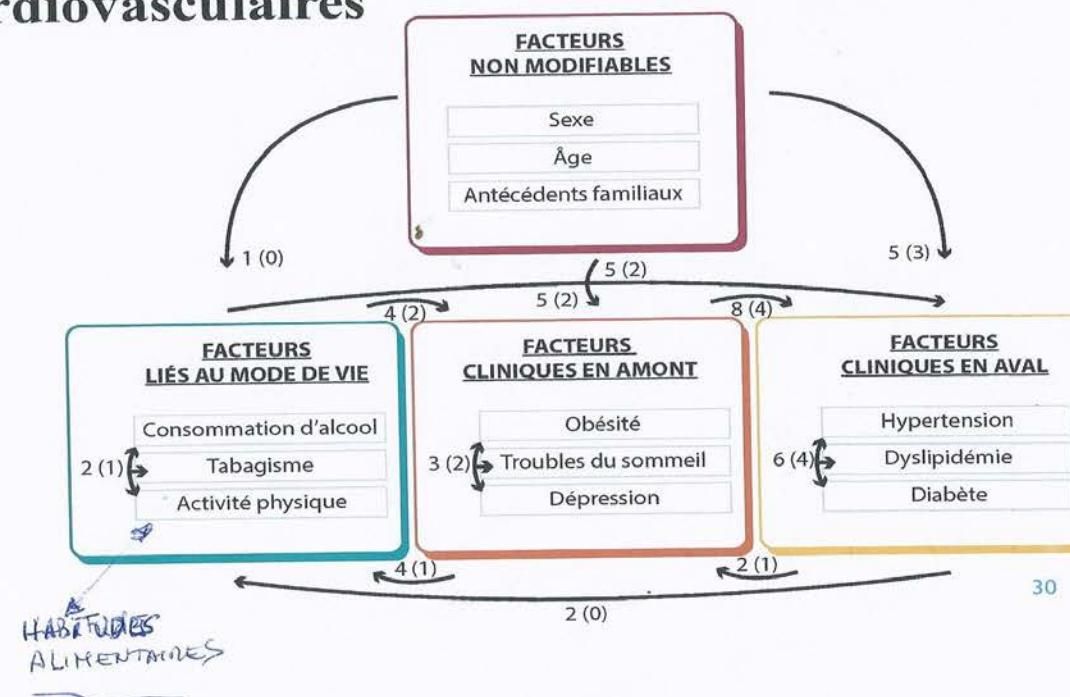
- Tabagisme
- Séentarité
- Alcoolisme

Facteurs cliniques en amont

- Troubles du sommeil
- Obésité
- Dépression

Facteurs cliniques en aval

- Hypertension
- Dyslipidémie
- Diabète



Etat de l'art

Meneton 2016

Evaluation du risque cardiovasculaire

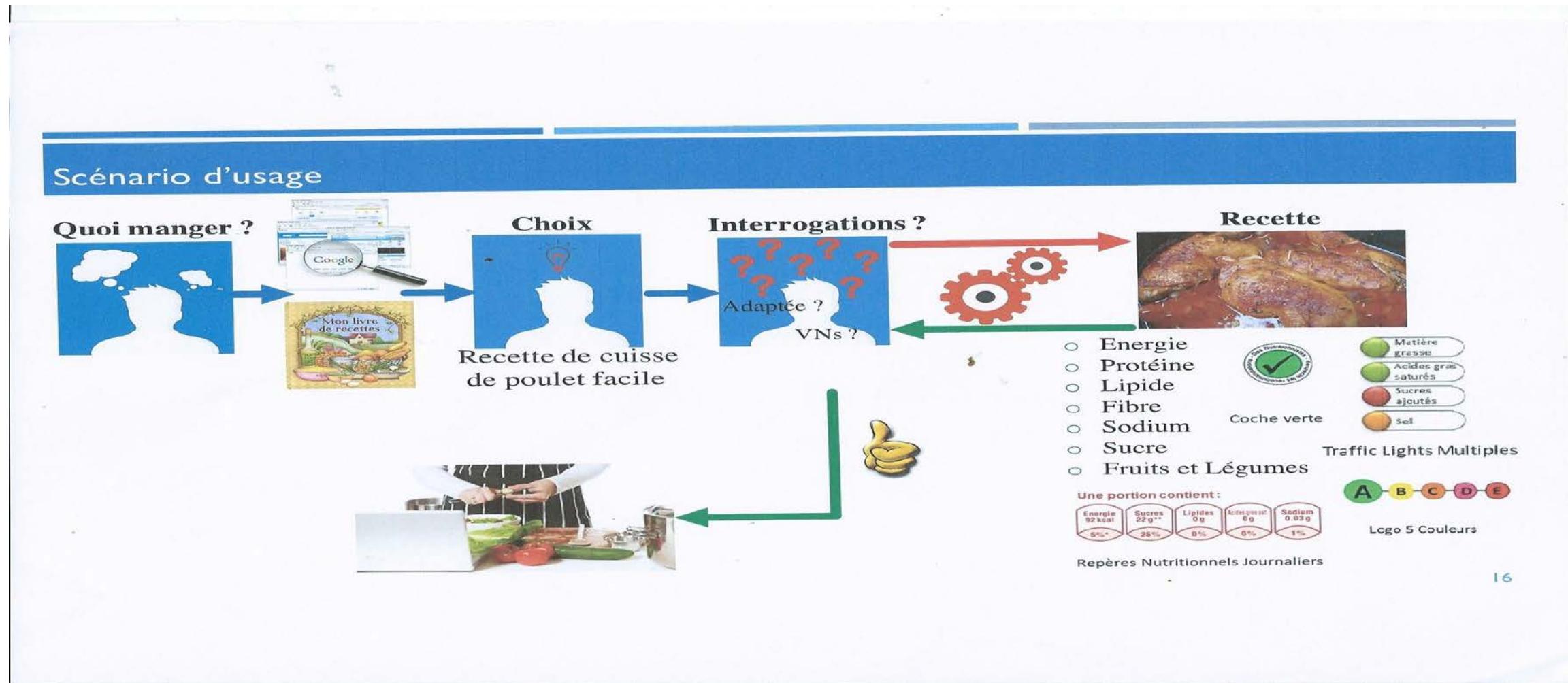
Les facteurs de risques ont tendance à être évalués

- Séparément
- Conjointement (ex: équation de Framingham)

Les limites

- Les relations entre les facteurs de risque eux-mêmes n'ont pas été spécifiquement évaluées
- La présence simultanée de plusieurs facteurs peut conduire à des interventions partielles ou contradictoires

Concevoir un système de recettes pour améliorer les habitudes alimentaires de la personne/web



La Stratégie pour la prévention précoce s'inscrit dans un temps long : celui du changement des comportements de consommation

Stratégie Pour la prévention

Le changement du comportement de l'individu est la **clé**



Cf Blue Zone et Regime d'OKINAWA Politiques publiques mises en oeuvre après exploitation des données des cohortes d'Honolulu- Ni-Hon San study pour la réduction des risques cardio vasculaires

Identifier les besoins à satisfaire par les NITC pour améliorer le soin au domicile et éclairer la perception des personnes agées des aidants et des soignants

- Des enseignements de l'étude qualitative menée en Suisse par l'équipe de Luigi Corrado Directeur General de L'IMAD, présentée au Congrès Mondial de l'ISG à Nice en 2016: un exemple clair de l'état de l'art.
- >>Pour développer la démarche inclusive de la gérontotechnologie comme discipline et guide pour l'évaluation et l'action

1. Background: about health and aging

82% of the Swiss people of 65-69 years old living at home
thinks they are in **good health**



But...

12% of the 65+ do have **diabetes**

30% of the 75+ do have **ischemic cardiomyopathy**

65% of the 85+ living at home do have some **functional impairment**

1. Background: about health and aging and living at home:

Contexte santé veillissement et vivre chez soi

1. Most people wants to get old at home. (Beswick, et al. 2010;

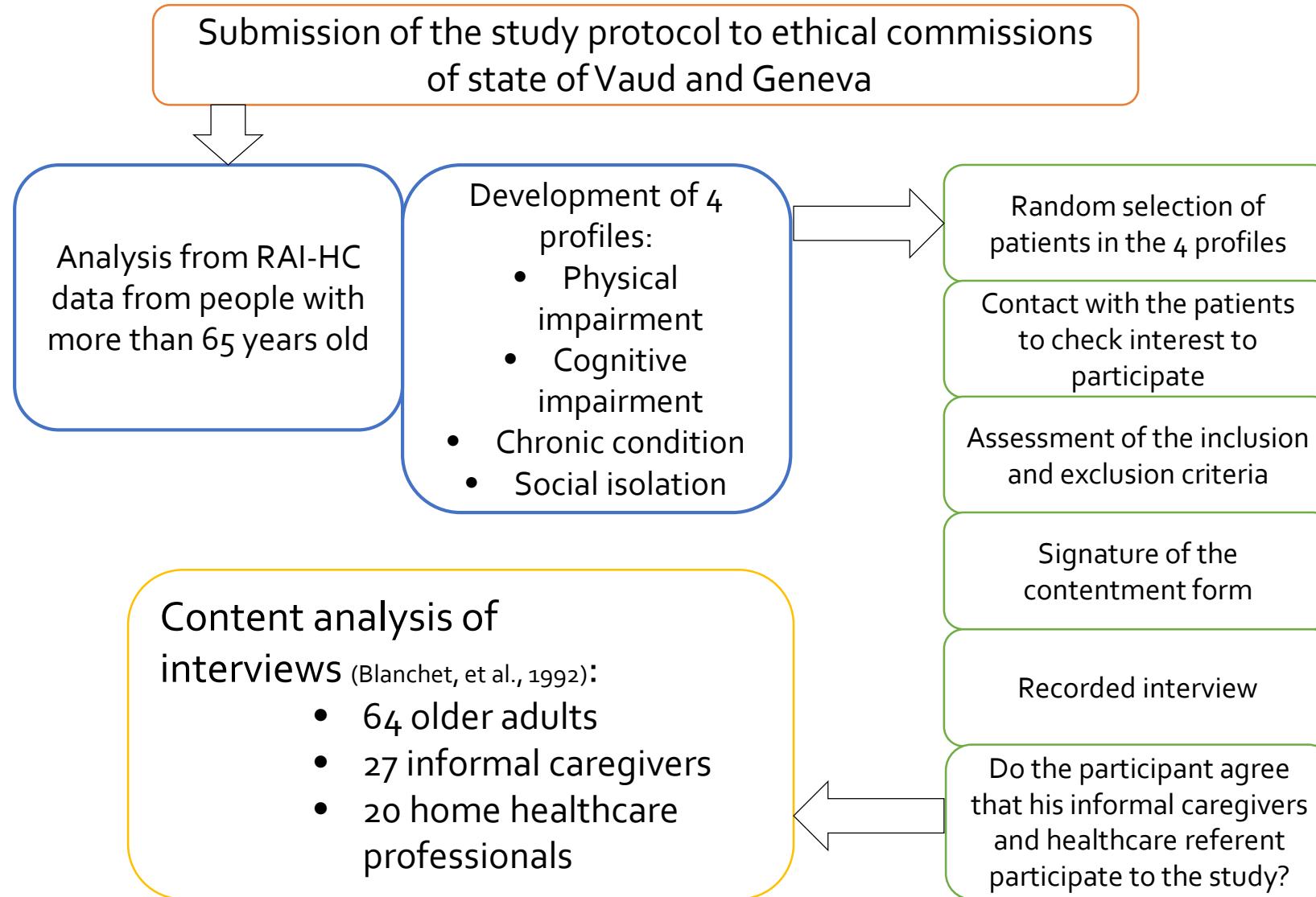
Boldy, et al., 2011)

2. Informal and professionals caregivers do play an important role to make ageing at home possible.

(Anchisi & Despland, 2010)

3. Technology can be used to help older adults to achieve their goal. (Blaschke, et al. 2009; Eckert, et al. 2004)

3. Methodology



4. Findings for the older adults

- In all profiles, difficulties related to **mobility** were mentioned.
- Informal caregivers and healthcare professionals are essential resources for them. **Vous representez une ressource essentielle**
- Perceptions regarding gerontechnologies (GTs) are **neither positive or negative.Ni pour ni contre**
- A device is rarely used without the **advice of a third party**.
- Devices mostly used are **telealarms, walking assistive technologies and cellphones**.
- **The purpose of a GT** is an essential determinant of its use. Participants wants to achieve many different purposes.
- **Le but recherché est déterminant:diversité des buts>>> Priorités?**

4. Findings for the older adults – incitements and hindrances

| | INCITEMENTS Incitations | HINDERS freins |
|----------|---|--|
| Exterior | + Informal caregivers + Healthcare professionals | - Relatives - Architectural obstacles |
| Purpose | + To have done the experience of the utility of a device. | - To have an other strategy to achieve the goal without the device or with another one - Events, which would need the use of a device, are not occurring (pas d'opportunité) |
| Device | Comfort, simplicity, esthetic. | Breakdown(defaillances), false alarms, price, not having a place to store the device |
| User | To have work with, to be open-minded, to have a high level of education . Haut niveau d'éducation | Lack of interest, to be impatient, to have an «informatics disability», to have a sensorial disability, to want to stay independent of a device. |

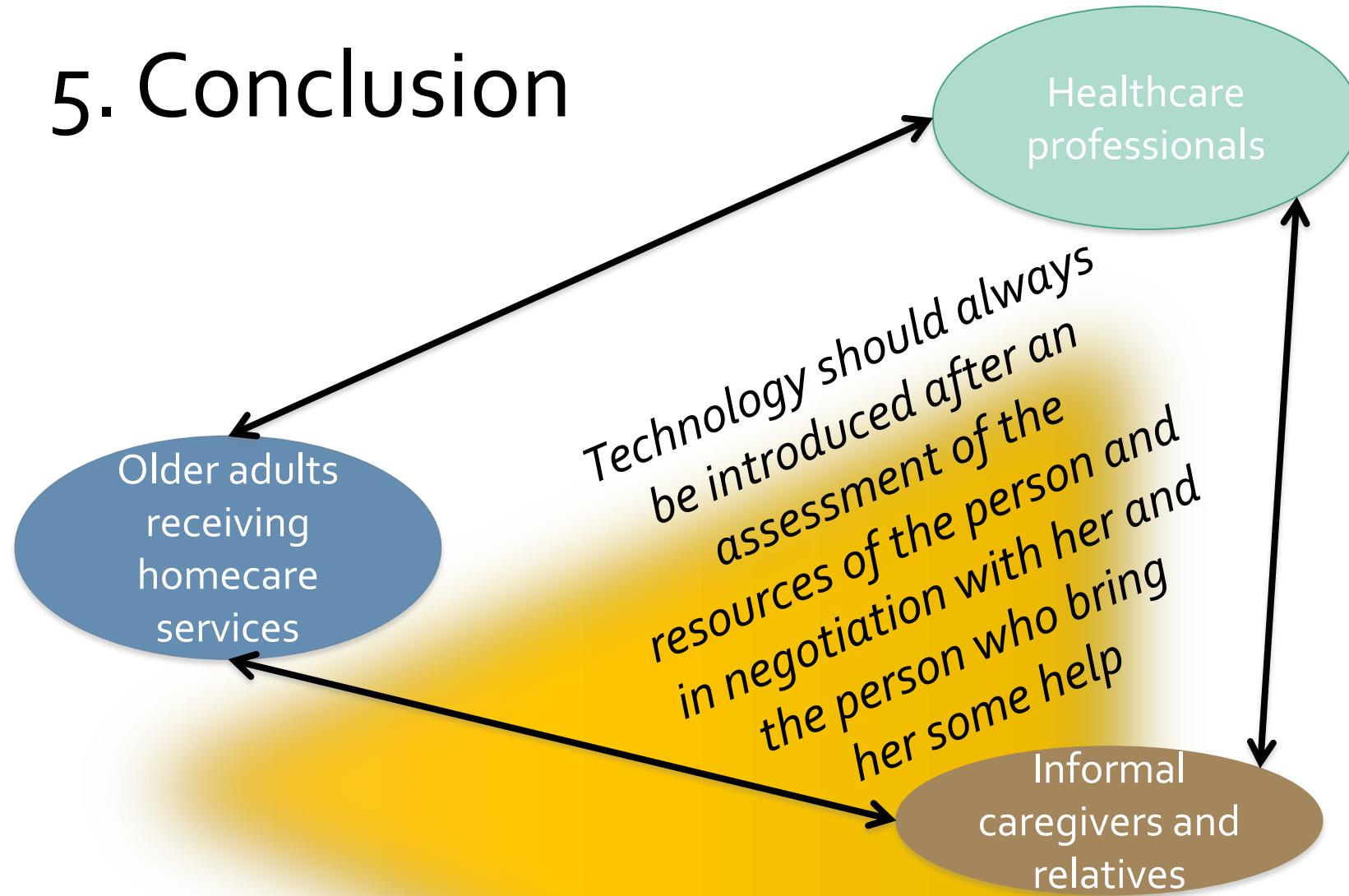
4. Findings for the healthcare professionals

- **Lack of information** concerning technologies.
- First perception regarding technologies is rather positive, if...
 - They are used on a **case-by-case** basis.
 - They shall always be a specific intervention while introducing a new device.
- Concerning their perception regarding the use of technologies by older adults:
 - **Difficulty to learn** how to use a device.
 - **Lack of interest** for technologies.

4. Findings for the informal caregivers

- GTs are not their **principal resources** to help their relatives.
- They consider **many factors restraining the use** of GTs (sensorial and functional disabilities , lack of interest, learning difficulties).
- Devices to insure **security** are positively perceived.

5. Conclusion



Ce que retient l'approche gérontechnologique ns la perspective 2030 de techno-révolution du soin

essité d' évaluer le contexte de vie de la personne et de « négocier »ou co-créer une solution bien adaptée aux besoins perçus de l'usager âgé et de l'aideant

clé d'incitation du soignant et de l'entourage /aidant pour faire essayer une solution celle dont ils ont maîtrisé l'utilité ,la bonne utilisation et la pertinence., peut être perçue comme

réaliser vérifier la robustesse et la fiabilité du système, repérer et minimiser les risques de fonctionnement

évaluer sa facilité d'utilisation en fonction des capacités physiques(motricité) , sensorielles et cognitives de l'usager et l'adaptation possible à leur évolution

assurer le bon équilibre entre sécurité, liberté de la personne et contrôle

accompagner l'expérimentation du changement pour éviter les échecs

assurer au respect de la dignité de la personne dans les relations de communication/ homme machine, fournisseur de soins et de prestations >>>éthique et morale

approche pluridisciplinaire:utiliser une grille simple pour faciliter l'évaluation fonctionnelle

L'implication et la formation des soignants dans le futur du soin gérontologique: optimiser les changements « cela ne sera pas un long fleuve tranquille »

- Défi de la vigilance éthique: respect des droits et intérêts de la personne
 - Protection et utilisation des données santé(nouvelle directive européenne)
 - Equilibre sécurité/ liberté/contrôle >Minimisation des risques
- Défi d'une conception réellement inclusive des innovations
 - Des progrès :mais le risque de fracture numérique reste important>vigilance gerontechnologique
- Défi du temps d'adaptation aux changements: pragmatisme pour avancer+ vite
 - Le temps des anciens n'est pas celui de l'instantané: **donner du temps au temps, de la vie aux années**
 - Le temps de l'adaptation des organisations diffère de celui des innovations
 - Le temps long de la prévention et des changements de consommation et de mode de vie
- Défi des ressources humaines et financières: politique et organisation, solidarité
- Défi de la place de l'humain et de la clinique /déploiement virtuel et robotique
- **N'ayez pas peur: les changements sont en marche: anticipiez, préparez les avec les générations âgées qui en 2030 seront beaucoup plus familières avec les technologies**

N'ayez pas peur de Tatie Danielle non plus

Tatine de Danielle

